

# 广东公益恤孤助学促进会重症病童救助申请表

编号: 2023554

申请日期: 2023 年 11 月 8 日

病人资料	姓名	性别	出生年月		身份证号码	户籍所在地	
	张义斌 男		2021.8.2		[REDACTED]	贵州省	
	参加医保情况		<input checked="" type="checkbox"/> 新农合 <input type="checkbox"/> 城镇居民 <input type="checkbox"/> 企业 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 无 报销比例: %				
	所患疾病		治疗医院			预计医疗费用	
	先天性心脏病		广州医科大学附属第一医院				
病人直系亲属资料	姓名	性别	年龄	与患者关系	就业及收入情况	联系电话	
	张习军	男	39	父子	3800	[REDACTED]	
	郝兰	女	39	母子	3300	[REDACTED]	
申请救助理由	<p>患儿张义斌,男,重症肺炎,先天性心脏病,21-三体综合征,多器官功能障碍综合征,因上述疾病于2022年2月6日至2022年3月2日住院治疗,费用6万多元,现所欠银行5万多,外借3万,家有2老60多岁要照顾,现家里经济压力让我难以沉重,我衷心希望能得到各级领导、关怀厚爱之情,特此申请爱心救助申请,恳请领导给予关注和调查予以批准,本人将不胜感恩感激。</p> <p>本人保证上述情况完全真实。</p> <p>申请人签名: 郝兰 2023 年 11 月 8 日</p>						
医院填写	疾病诊断及治疗费用(估算): 诊断: 完全型心内膜缺损 肺动脉高压重度. 费用估计 9万元 医师签名: [REDACTED] 2023 年 11 月 8 日						
	医院意见: [REDACTED] 建议给予医疗救助金 1万 元。 (大写: 壹 万 零 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分) 医疗业务审批专用章 (14) 负责人签名: [REDACTED] 2023 年 11 月 8 日						
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助(符合条件)(易媒公益项目)							
负责人(签名): 高弘 2023 年 11 月 13 日							



# 廣東公益恤孤助學促進會

## Orphan Education Society Guangdong

### 重症病童救助款收据

(易娱公益项目)

病童姓名: 张义斌

性别: 男

年龄: 2

病种: 先天性心脏病

治疗医院: 广州医科大学附属第一医院

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 5,000 元 (大写: 人民币 伍仟元整), 将作为张义斌的治疗费用。

受助人 (监护人): 郝兰

电 话: [REDACTED]

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): \_\_\_\_\_

电 话: \_\_\_\_\_

经办人: 周其玥

电 话: 13822279353

日 期: 2023年11月13日



### 疾病诊断证明书

姓名: 张义斌

性别: 男

年龄: 2岁

住院号: 0000830426

经我院心脏大血管外科(大坦沙)临床检查、诊断为:

1. 完全型 先天性心内膜垫缺损
2. 肺动脉高压 重度

此证

主诊科 (盖章)

主诊医师: 郭大鑫

医务科 (盖章)

日期: 2023年11月8日





# 家庭情况说明

兹有困难家庭先天性心脏病患儿张义斌，性别男，  
年龄2，是贵州省黔西市（州）黔西县（区）黔西乡  
/镇（街道）黔西村民小组（居委会），（父亲：张习军 母  
亲：郝兰）村民（居民）的儿子/女儿。因治疗费用较高，  
难以承担患儿全部医疗费用，恳请有关方面和广州医科大学附属第一  
医院为患儿治疗先天性心脏病，并提供经济上的爱心资助。

情况属实，特此证明！

患儿父亲：张习军 身份证号：黔西

患儿母亲：郝兰 身份证号：黔西

村委会/居委会盖章：



联系电话：

罗新 黔西

日期：        年    月    日

